



Anamnesebogen – trockene Augen

Patientendaten

Name: _____

Alter: _____ Geschlecht: männlich () weiblich ()

Welche Tätigkeiten führen Sie täglich bzw. häufig aus? (beruflich / privat)

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus:

1. Was ist der Grund Ihres Besuchs?

2. Welche Beschwerden haben Sie und seit wann liegen diese vor?

3. Was wurde bis jetzt unternommen?

Eigenständig:

Therapien:

4. Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

| | | |
|--------------------------------|----|------|
| Neurodermitis | ja | nein |
| Rosacea | ja | nein |
| Rheuma | ja | nein |
| Asthma | ja | nein |
| Diabetes mellitus | ja | nein |
| Glaukom | ja | nein |
| Bluthochdruck | ja | nein |
| Thrombose / andere Gefäßleiden | ja | nein |
| Makuladegeneration | ja | nein |
| Migräne | ja | nein |
| Epilepsie | ja | nein |

5. Weitere Erkrankungen



6. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

7. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja () nein ()
8. Sind Sie schwanger? (Frage bei weiblichen Patienten) ja () nein ()
9. Wurden bei Ihnen schon Operation an den Augen durchgeführt oder hatten Sie Verletzungen an den Augen? ja () nein ()

Wenn ja, welche:

-
10. Hatten Sie in der Vergangenheit Hauterkrankungen im Gesicht? ja () nein ()
11. Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme mit Sonnenallergien? ja () nein ()
12. Hatten Sie in der letzten Zeit Sonnenbrand im Gesicht, dessen Heilung weniger als ein Monat zurückliegt? ja () nein ()
13. Haben Sie in den letzten zehn Tagen intensive UV-Bestrahlungen erhalten? ja () nein ()
14. Haben Sie aktuell Infektionen oder Verletzungen im Bereich der Augenpartie? ja () nein ()
15. Haben Sie Tätowierungen oder Permanent-Make-up im Bereich der Augenpartie? ja () nein ()
17. Nehmen Sie Medikamente ein, die Lichtempfindlichkeit verursachen? ja () nein ()
18. Nehmen Sie bräunungsfördernde Nahrungsergänzungsmittel ein? ja () nein ()
19. Verwenden Sie zurzeit ein Selbstbräunungsmittel? ja () nein ()
20. Haben Sie dunkle Haut (Lichtempfindlichkeitstyp VI)? ja () nein ()

Kiel, den _____

Unterschrift Patient



OSDI Fragebogen – trockene Augen

Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden Fragen jeweils an, wie häufig die aufgeführten Symptome *während der letzten Woche* auftraten.

A Hatten Sie während der letzten Woche folgende Beschwerden?

| | Immer | Meistens | Zeitweise | Selten | Nie |
|---------------------------------------|-------|----------|-----------|--------|-----|
| Lichtempfindliche Augen ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sandiges Gefühl in den Augen ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Schmerzende oder empfindliche Augen ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Verschwommenes Sehen ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Schwaches Sehen? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

B Hatten Sie während der letzten Woche Probleme mit Ihren Augen auf, die Sie bei der Ausführung folgender Aktivitäten eingeschränkt haben?

| | Immer | Meistens | Zeitweise | Manchmal | Nie | Frage nicht zutreffend |
|------------------------|-------|----------|-----------|----------|-----|------------------------|
| Lesen ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| Autofahren bei Nacht ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| Am Computer ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| Beim Fernsehen ? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |

C Hatten Sie während der letzten Woche in folgenden Umgebungen / Situationen ein unangenehmes Gefühl an den Augen?

| | Immer | Meistens | Zeitweise | Manchmal | Nie | Frage nicht zutreffend |
|--|-------|----------|-----------|----------|-----|------------------------|
| Windige Wetterbedingungen | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| In klimatisierten Räumen | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| Bei sehr geringer Luftfeuchtigkeit (Trockenheit) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |